


Estado actual	N.º de política	06.03.04
 <p><b>Referencia a la Política del sistema: 06.03.01 Política de facturación y cobranza</b></p> <p><b>11.00.00 Cumplimiento de las leyes federales y estatales 1 en material de privacidad y confidencialidad. Definiciones</b></p>	Fecha de Vigencia:	5 de diciembre de 2017
	Última revisión:	20 de junio de 2018
	Última enmienda:	<b>19 de febrero de 2020</b> 18 de septiembre de 2019 20 de junio de 2018 15 de enero de 2015 6 de junio de 2017 5 de diciembre de 2017
	Titular:	Rich Adcock Director ejecutivo
	Área de la política:	<input type="checkbox"/> Departamento _____ <input checked="" type="checkbox"/> En todo el hospital <input type="checkbox"/> En todo el sistema
<b>POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA</b>		

## I. Objetivo

El objetivo de esta Política de asistencia financiera (“Política”) es asegurar que los hospitales de Verity presten servicios de atención médica y acceso igualitario a emergencias y a otros tratamientos terapéuticos y de diagnóstico necesarios por razones médicas, independientemente de la situación económica del paciente y de manera que respete la dignidad de los pacientes y de sus familias.

## II. Política

Verity Health System of California, Inc. (“Verity” o “Verity Health”), mediante sus hospitales afiliados que se enumeran en el Anexo A (“Hospital” o, en plural, “Hospitales”), dará atención benéfica o con pago reducido a los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan ciertos requisitos de elegibilidad, que se establecen en este documento. Esta Política se adopta siguiendo la misión de los hospitales de Verity, los requisitos establecidos en el Health & Safety Code (Código de Salud y Seguridad) de California, las condiciones pertinentes establecidas por el fiscal general del estado de California el 3 de diciembre de 2015 en el “Acuerdo de reestructuración y asistencia” y en la sección 501(r) del Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas), junto con las regulaciones aplicables para la implementación de dichos requisitos. Esta Política no se aplica a médicos ni a otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, los anestesiólogos, los radiólogos, los especialistas en medicina hospitalaria, los patólogos, etc., cuyos servicios no se incluyen en la factura del Hospital. Consulte la lista de los departamentos de los Hospitales que cubre esta política en el Anexo E.

### III. Definiciones

**Importe normalmente facturado (Amount Generally Billed, “AGB”)** es el valor máximo que se le puede facturar a un paciente que es elegible para recibir la asistencia financiera de acuerdo con esta Política. Ningún paciente elegible para recibir la asistencia financiera deberá pagar un valor superior al AGB por los servicios elegibles (como se describe a continuación) prestados a dicho paciente. Verity Health calcula el AGB individualmente para cada centro mediante el método “retrospectivo”, por el que se multiplican los cargos brutos (que se define abajo) de cualquier servicio elegible prestado, por los porcentajes del AGB, que se basan en reclamos anteriores aceptados según el modelo FFS (pago por servicio) de Medicare. En la metodología de cálculo del AGB, en el Anexo B1, se detalla el porcentaje del AGB de Verity Health y cómo se calculan los porcentajes del AGB.

**Atención benéfica** significa la prestación, sin cargo, de servicios médicamente necesarios a los pacientes económicamente elegibles que tengan ingresos iguales al 200 por ciento o menos del nivel federal de pobreza.

**Pago reducido** significa que el Hospital limitará el pago previsto por los servicios médicamente necesarios a una tarifa con descuento para los pacientes económicamente elegibles que tengan ingresos de entre el 201 y el 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza.

**Gastos básicos de vida** significa cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda, alimentos y artículos para la vivienda, servicios públicos y de telefonía, vestimenta, gastos médicos y dentales, seguro, educación o guardería, manutención del cónyuge o de menores, transporte y gastos del vehículo, incluyendo seguro, combustible y reparaciones; pago de cuotas, lavado de ropa y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

El **nivel federal de pobreza** (Federal Poverty Level, “FPL”) es el que establecen las directrices de pobreza que el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) actualiza anualmente en el *Registro Federal*. Los lineamientos actuales del FPL de Verity se incluyen en el Anexo 2. El Departamento de Gestión del Ciclo de Ingresos (“RCM”) de Verity actualizará anualmente los lineamientos del FPL a partir de la publicación de los lineamientos de pobreza actualizados en el Registro Federal.

Un **paciente económicamente elegible** es:

1. Un paciente que cubre los gastos por cuenta propia o con costos médicos altos y
2. Un paciente con ingresos familiares que no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.

**Cargos brutos** son los cargos totales a la cuenta de un paciente por todos los servicios prestados.

**Hospital**, con mayúscula inicial, es uno de los Hospitales afiliados a Verity, enumerados en el Anexo A.

**Ingresos** incluye, entre otros, sueldo, salarios, beneficios del Seguro Social, asistencia pública, compensaciones para trabajadores y por desempleo, beneficios para veteranos, manutención de menores, pensión alimenticia u otras pensiones, pagos periódicos de seguros o rentas vitalicias, ingresos provenientes de herencias y fideicomisos, activos retirados mediante extracciones bancarias, venta de propiedades o activos líquidos y pagos únicos de seguros o compensaciones.

**Servicio médicamente necesario** significa la prestación o la facturación, por parte del hospital, de un servicio o tratamiento de emergencia o que es necesario para tratar o diagnosticar a un paciente y que, si no se hace, puede afectar negativamente la condición, enfermedad o lesión, y al que no se considera un servicio o tratamiento opcional ni de cirugía estética.

**Paciente con costos médicos altos** es una persona con ingresos familiares que no superan el 350 por ciento del nivel federal de pobreza. “Costos médicos altos” tiene cualquiera de los siguientes significados:

Costos de bolsillo anuales en el Hospital para la persona que superan el 10 por ciento de los ingresos de la familia del paciente durante los 12 meses anteriores. Gastos médicos de bolsillo anuales que superan el 10 por ciento de los ingresos de la familia del paciente, si este presenta documentación sobre sus gastos médicos, pagados por él o su familia, durante los 12 meses anteriores.

**Familia del paciente** se refiere a lo siguiente:

1. Para personas de 18 años o más:
  - a. cónyuge;
  - b. pareja de hecho, tal como se la define en la sección 297 del California Family Code (Código Familiar de California);
  - c. niños dependientes menores de 21 años, vivan o no en la casa.
2. Para personas menores de 18 años:
  - a. padre/madre;
  - b. pariente a cargo de su cuidado;
  - c. otros niños menores de 21 años, de los padres o del pariente a cargo de su cuidado.

**Paciente que cubre los costos por cuenta propia** es el paciente que no tiene cobertura de un tercero, como una compañía de seguros médicos, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medi-Cal, y que tiene una lesión no cubierta por la compensación de trabajadores, un seguro de automóvil u otros seguros, según lo determine y documente el Hospital.

**Plan de pago razonable** significa pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares mensuales del paciente, excluyendo las deducciones por gastos básicos de vida.

## **IV. Elegibilidad**

### **A. Servicio elegible**

1. Los programas de atención benéfica y de pago reducido aplican a todo tipo de servicios hospitalarios prestados o facturados por el Hospital, incluidos, entre otros, los servicios necesarios por razones médicas y sujetos a los términos de esta sección. Los servicios que no hayan sido prestados ni facturados por los Hospitales no están cubiertos por esta Política.
2. Los servicios que no sean necesarios por razones médicas no están cubiertos por esta Política, a menos que el servicio o el procedimiento haya sido indicado por un médico que sea miembro del personal de un Hospital afiliado a Verity.
3. Los médicos de emergencias que presten servicios de emergencia médica en un Hospital que brinde atención de emergencia están obligados por la ley a aplicar descuentos a los pacientes que cubren los costos por cuenta propia y a los pacientes con costos médicos altos que estén en el 350 por ciento o por debajo de este porcentaje del nivel federal de pobreza. Los pacientes deberán comunicarse con la oficina de facturación del médico de emergencias para obtener más información sobre programas de asistencia financiera para servicios de emergencia.

### **B. Elegibilidad general**

1. La elegibilidad para recibir atención benéfica o con pago reducido de acuerdo con esta Política se determinará individualmente y se basará en una evaluación de las necesidades, los recursos económicos y todas las obligaciones financieras, incluyendo los gastos médicos, del paciente o de la familia.
2. La atención benéfica y el pago reducido se brindarán a los pacientes económicamente elegibles sin distinción de raza, religión, color, credo, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad o situación de inmigración.
3. Los activos monetarios analizados para determinar la elegibilidad para recibir atención benéfica o con pago reducido incluye activos fácilmente convertibles en dinero en efectivo, como las cuentas bancarias y las acciones que cotizan en bolsa, pero no incluye los activos no líquidos, como los inmuebles. Los activos monetarios tampoco. Los activos monetarios tampoco incluirán jubilaciones ni planes de compensación diferida calificados conforme al Internal Revenue Code ni planes de compensación diferida no calificados. Además, los primeros \$10,000 de los activos monetarios del paciente no se contarán para determinar la elegibilidad ni tampoco el 50 por ciento de los activos monetarios del paciente después de los primeros \$10,000. El hospital puede, sin embargo, solicitar excepciones o autorizaciones al paciente o a su familia para que se le permita obtener información de verificación de instituciones financieras o comerciales, u otras entidades que retengan o guarden los activos monetarios.
4. Antes de que un paciente sea elegible para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido, primero deben emplearse todos los recursos disponibles, incluidos entre otros, el seguro médico privado (incluida la cobertura que ofrece el Health Benefit Exchange [Intercambio de Beneficios de Salud] de California), Medicare, Medi-Cal, el Healthy Families

Program (Programa Familias Saludables) el Children's Services Program (Programa de Servicios Infantiles) de California u otros programas financiados por el estado o el condado destinados a brindar cobertura médica.

5. Los pacientes que actualmente son elegibles para tener Medicaid, fuera de California, reunirán los requisitos para obtener un 100 por ciento de descuento conforme a esta Política, en caso de que el Hospital no haya inscrito el plan Medicaid del estado del paciente.
6. Determinar la elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica y de pago reducido requiere de la plena cooperación de los pacientes y sus familias, quienes deben proporcionar y completar oportunamente la información y entregar los documentos que se les soliciten. Si una persona solicita una determinación de elegibilidad conforme a esta Política y no proporciona la información razonable y necesaria para que el Hospital determine la elegibilidad, el Hospital puede considerar ese incumplimiento en el momento de tomar la determinación.

C. **Elegibilidad específica.** Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera conforme a la sección C.1 o a la sección C.2, tal como se describe a continuación.

1. Programa de pago reducido. Tanto los pacientes que cubren los costos por cuenta propia como los pacientes con costos médicos altos pueden participar en el programa de pago reducido.
  - a) **Pacientes que cubren los costos por cuenta propia:** Para los pacientes que cubren los costos por cuenta propia y que tienen ingresos familiares de entre el 201 por ciento y el 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza, cada Hospital limitará el pago previsto por los servicios prestados al menor de los importes de (A) el AGB, según lo calcule el Hospital utilizando el "método retrospectivo", tal como se establece en las normas vigentes que implementen la sección 501(r) del Internal Revenue Code o (B) el mayor pago que el Hospital espera recibir, de buena fe, por la prestación de los servicios para Medicare, Medi-Cal, el programa Healthy Families (Familias Saludables) u otros programas de salud de beneficios médicos patrocinados por el gobierno en los que participe el Hospital. Consulte el Anexo B1 para obtener información sobre el importe normalmente facturado y el Anexo B2 para obtener información sobre la escala variable de asistencia financiera.
  - b) **Pacientes con costos médicos altos:** Para pacientes con costos médicos altos con ingresos de entre 201 por ciento y 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza, cada Hospital limitará el pago previsto por los servicios prestados al menor de los importes de (i) el saldo luego de que se apliquen los pagos del seguro o (ii) la tarifa calculada de acuerdo con la sección C.1.a anteriormente mencionada.
    - (1) Luego de determinar la tarifa correspondiente, el Hospital aplicará la escala variable que se describe en el Anexo B2.
    - (2) Los pacientes que deseen obtener los beneficios del programa de pago reducido deberán realizar los esfuerzos necesarios para proporcionar al hospital la documentación sobre sus ingresos (limitada a los últimos comprobantes de pago o a declaraciones de impuesto sobre los ingresos) y sobre su cobertura de servicios de salud. Los pacientes con costos médicos altos también deberán proporcionar documentación sobre los gastos médicos pagados, por

ellos o por sus familias, en los 12 meses previos.

- (3) Una vez que se determina que un paciente es elegible para participar en el programa de pago reducido, no se le debe cobrar un valor mayor que lo que se factura normalmente a los individuos que tienen un seguro que cubre las emergencias u otra atención necesaria por razones médicas.2. Programa de atención benéfica. Los Hospitales brindarán atención benéfica (*es decir*, atención gratis) a los pacientes económicamente elegibles que no puedan pagar, siempre que sus ingresos sean equivalentes o inferiores al 200 por ciento del nivel federal de pobreza. Los pacientes que quieran recibir atención benéfica deberán hacer los intentos razonables para proporcionar al Hospital la documentación sobre sus activos monetarios que se describe en la sección B.2 arriba.

## V. Procedimientos de solicitud

### A. Requisitos de notificación

1. Notificación publicada. Cada Hospital publicará información sobre la disponibilidad de los programas de atención benéfica y con pago reducido dispuestos en esta Política, como se describe en el Anexo C, en todas las áreas con gran número de pacientes, incluyendo las áreas de admisión y registro, los departamentos de emergencias, los entornos ambulatorios y las oficinas de servicios financieros para el paciente
2. Notificación por escrito. Cada Hospital notificará por escrito a los pacientes sobre la disponibilidad de los programas de atención benéfica y de pago reducido, incluida la información sobre elegibilidad, así como datos de contacto de la oficina o del empleado del Hospital que puede proporcionarle más información sobre esta Política. También se notificará por escrito a aquellos pacientes que reciban atención de emergencia o ambulatoria y a los que se les puedan facturar esos servicios, pero que no hayan ingresado como pacientes hospitalizados. La notificación tiene que estar disponible en inglés y en otros idiomas, tal como se determine en cada área de servicios primarios del hospital y de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes. Cada Hospital debe conservar un acuse de recibo por escrito que confirme la recepción de dicha notificación por parte del paciente.
  - a) Esta Política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de esta política deben estar ampliamente disponibles en los sitios web y se deben dar a conocer a los miembros de la comunidad que reciben los servicios de cada Hospital, tal como se establece en las normas de la sección 501(r) del Código.
3. Estados de cuenta. Los estados de cuenta del Hospital comunicarán la disponibilidad de los programas de atención benéfica y de pago reducido financiados por el gobierno a los pacientes elegibles y a cualquier paciente que no haya aportado pruebas de cobertura en el momento de la facturación. Cada hospital proporcionará, junto con la factura del paciente, la siguiente información:
  - a) un resumen de cuenta que detalle los cargos por los servicios prestados en el hospital;
  - b) una solicitud al paciente para que le informe al hospital si tiene cobertura de seguro de salud, incluidas Medicare, Healthy Families (Familias Saludables), Medi-Cal u otra cobertura;
  - c) un comunicado que explique cómo los pacientes pueden solicitar la cobertura financiada por el gobierno e indique que el hospital proporcionará

estas solicitudes;

- d) el nombre y el número de teléfono del representante del hospital, o de su consultorio, de quien un paciente pueda obtener información sobre las políticas de asistencia financiera del hospital, y sobre cómo solicitar asistencia conforme a esas políticas, junto con la dirección directa del sitio web que contiene enlaces a copias de esta Política, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de asistencia financiera conforme a esta Política.

B. Identificación de pacientes económicamente elegibles.

1. Los asesores financieros o el personal de Health Benefits Resource Center (Centro de Recursos de Beneficios de Salud, "HBRC") de cada Hospital harán esfuerzos razonables para obtener del paciente, o de su representante, información sobre si el seguro de salud o el financiamiento, sean privados o públicos, cubrirán total o parcialmente los cargos por la atención que el Hospital le brindó al paciente.
2. Los asesores financieros y el personal del HBRC de cada Hospital asesorarán a los pacientes para que entiendan y soliciten programas financiados por el gobierno y de atención benéfica o de pago reducido.
3. Cada Hospital proporcionará información y solicitudes para Medi-Cal, Healthy Families Program (Programa Familias Saludables), Health Benefit Exchange (Intercambio de Beneficios de Salud) de California y cualquier otra cobertura de salud financiada por el estado o el condado para pacientes no asegurados en las áreas de registro, así como en la oficina del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS). Si el paciente no indica que utiliza cobertura de un tercero pagador o no solicita una tarifa con descuento, cada Hospital le proporcionará la solicitud que le corresponda para los programas del gobierno aplicables. Dichas solicitudes estarán disponibles antes del alta (si el paciente ha sido hospitalizado) o para aquellos pacientes que estén recibiendo atención de emergencia o ambulatoria.
4. Si un paciente presenta una solicitud o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita los programas de atención benéfica o de pago reducido conforme a esta Política, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

C. Procedimiento de solicitud.

1. Se les entregará a los pacientes una solicitud de asistencia financiera, tal como se menciona en el Anexo D, para comenzar con la evaluación de requisitos para los programas de atención benéfica o de pago reducido conforme a esta Política. Los pacientes podrán ser remitidos a los programas de atención benéfica o de pago reducido por su médico, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal del hospital.
2. La elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido requiere que el paciente, su garante o su representante legal proporcionen información precisa y hagan los esfuerzos razonables para presentar toda la documentación necesaria. Si una persona solicita una determinación de elegibilidad conforme a esta Política y no proporciona la información razonable y necesaria para que el Hospital determine la elegibilidad, el Hospital puede considerar ese incumplimiento en el momento de tomar la determinación.
3. No se rechazarán las solicitudes de asistencia financiera incompletas por información insuficiente hasta que se haya enviado al paciente una carta que describa la información adicional u omitida que se necesita para completar la solicitud y que fije una fecha límite para rechazar la solicitud si no se da antes la información requerida.

Dicha fecha límite debe considerar un tiempo razonable luego de la notificación, dentro del cual se pueda proporcionar la información a la que se hizo referencia.

4. Si el paciente no completa la solicitud o si la solicitud no contiene información suficiente y el paciente no cumple los requisitos establecidos arriba, el Hospital usará un programa informático con un algoritmo de puntaje para evaluaciones de riesgo a fin de determinar la elegibilidad presunta antes de pasar la cuenta del paciente a estado de precobranza. El programa será un producto ampliamente aprobado en la industria y validado por una auditoría externa.
5. El personal del HBRC del Hospital proporcionará la presunta elegibilidad para recibir Medi-Cal a los solicitantes de asistencia financiera durante la visita al hospital.
6. La elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o con pago reducido es válida para la admisión individual. Se les pedirá a los pacientes elegibles que certifiquen la ausencia de cambios en su situación económica para admisiones posteriores o para facilitar la actualización de información sobre los cambios en su situación económica, según corresponda.
7. Los documentos que se utilizan para verificar los recursos financieros y los ingresos familiares del paciente en la solicitud de asistencia financiera pueden incluir, entre otros, los siguientes:
  - a) copias de recibos de pago recientes, declaraciones de impuesto sobre los ingresos, Seguro Social, cheques por discapacidad o desempleo o cartas de adjudicación en vigor;
  - b) una copia de cualquier notificación de decisión o denegación de Medi-Cal;
  - c) los ingresos familiares del paciente y, si el paciente tiene 18 años o más, de su cónyuge o pareja de hecho, y de cualquier niño dependiente menor de 21 años, viva o no en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo de su cuidado y otros niños menores de 21 años que vivan o no en la casa.
8. Las actividades de cobro se suspenderán tras la recepción de la solicitud (incluida una solicitud incompleta) y permanecerán en suspenso durante el proceso de determinación de elegibilidad.
9. Los Hospitales mantendrán en confidencialidad todas las solicitudes y la documentación complementaria, de acuerdo con la Política/el Procedimiento 11.0 de Verity Health System (VHS), en cumplimiento de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, HIPAA) de 1996.
10. El Hospital puede determinar la elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido en cualquier momento, siempre que la información sobre la elegibilidad del paciente esté disponible. Las solicitudes que se reciban luego de 240 días desde la primera facturación al paciente deben contar con la aprobación del vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos.

D. Notificación de determinación para los programas de atención benéfica o de pago reducido.

1. El Departamento del HBRC del Hospital proporcionará una determinación de elegibilidad al paciente o a su representante en un plazo de treinta (30) días luego de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, incluida toda la documentación requerida.
2. Se le enviará al paciente o a su representante una notificación sobre la determinación tomada para la participación en los programas de atención benéfica o de pago reducido. En esta notificación se indicará el importe que el paciente adeuda y el importe del descuento, si lo hubiere, que se aplicará a su cuenta.



3. Un paciente o su representante puede apelar una determinación proporcionando información adicional, como una verificación de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, al director del HBRC en un plazo de treinta (30) días de la notificación de determinación del Hospital. El director del HBRC del Hospital revisará todas las apelaciones y decidirá al respecto. Se notificará al paciente o su representante sobre los resultados.

E. Plan de pago extendido.

1. Los pacientes que califiquen para participar en el programa de pago reducido deberán cooperar con el Hospital para establecer un plan de pago extendido, pero los pagos mensuales no podrán superar el 10 por ciento de sus ingresos familiares o mensuales, excluyendo las deducciones por gastos esenciales para la vida. Si el paciente y el Hospital no pueden acordar un plan de pago extendido, el Hospital establecerá un plan de pago razonable. Dicho plan de pago deberá ser negociable, sin intereses y basarse en la tabla que se muestra abajo.

<b>Saldo de la cuenta</b>	<b>Cantidad de meses</b>
Menos de \$250	4 meses
\$250.01-\$500	6 meses
\$500.01-\$1,000	10 meses
\$1,000.01-\$2,500	12 meses
\$2,500.01-\$5,000	24 meses
<b>Más de \$5,000.01</b>	<b>36 meses</b>

actuar de buena fe para cumplir con el plan de pago. Los pacientes tienen la responsabilidad de comunicar al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS) si, en algún momento, se rompe el acuerdo sobre el plan de pago.

3. Un Hospital puede declarar inactivo un plan de pago extendido (incluso un plan de pago razonable) si el paciente no realiza los pagos consecutivos durante un periodo de 90 días. Antes de declarar inactivo un plan de pago extendido, el Hospital, una agencia de cobros o un cesionario hará un intento razonable de comunicarse telefónicamente con el paciente, notificarlo por escrito sobre la posible inactividad del plan de pago extendido e informarle que puede renegociar los términos del plan de pago.
4. Cualquier variación o alteración de un plan de pago acordado deberá ser aprobada por el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS.

#### **VI. Procedimientos de cobro a pacientes económicamente elegibles**

- A. Cada Hospital tendrá una política por escrito de facturación y cobranza que establezca cuándo y bajo qué autoridad la deuda de un paciente se seguirá para su cobro y si el cobro será realizado por el Hospital, una filial, una subsidiaria del Hospital o por cualquier agencia de cobros externa. Cada Hospital hará copias de dicha política de facturación y cobranza, disponible al público sin cargo llamando al Departamento de Atención al Cliente del Hospital o consultando la información del sitio web del Hospital de Verity en [www.Verity.org](http://www.Verity.org). La política de cada Hospital debe ser coherente con la política de Facturación y cobranza de Verity Health System (política/procedimiento N.º 06.03.01). Todas las prácticas de cobranza para los pacientes que califiquen económicamente se ajustarán a la política/procedimiento N.º 06.03.01.

#### **VII. Referencias**

- A. Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad) de California secciones 127400–127446 (Políticas de Precios Justos en Hospitales) y secciones 127450–127462 (Políticas de Precios Justos de Médicos de Emergencias)
- B. Family Code (Código de Familia) de California sección 297 (Definición de pareja de hecho)
- C. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los EE. UU., Lineamientos de Pobreza, *disponible en* <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
- D. Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas) sección 501(c)(3) (Organizaciones exentas de impuestos)

#### **VIII. Implementación y revisión**

- A. Esta Política la implementarán el presidente y el director ejecutivo de VHS, los presidentes y directores ejecutivos de los hospitales y el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS.
- B. El presidente y director ejecutivo de VHS, los presidentes y directores ejecutivos de los hospitales y el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS revisarán esta Política anualmente para analizar su cumplimiento y pertinencia.

**IX. Anexos**

- A. Hospitales afiliados a Verity
- B1. Importe normalmente facturado
- B2. Escala variable de asistencia financiera
- C. Notificación al paciente
- D. Solicitud de asistencia financiera
- E. Lista del departamento de los Hospitales afiliados a Verity

**ANEXO A**  
**HOSPITALES AFILIADOS A VERITY**

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER  
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY  
LYNWOOD, CA 90262

SETON MEDICAL CENTER  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

---



## **PROGRAMAS DE ATENCIÓN BENÉFICA Y PAGO REDUCIDO**

Todas las solicitudes de asistencia financiera se deben enviar por correo a:

- Verity Health System  
A/A: Health Benefit Resource Center (HBRC)  
1900 Sullivan Avenue  
Daly City, California, 94015

Las consultas relacionadas con la asistencia financiera se deben dirigir a:

- (888) 874-2585

A-2

## ANEXO B1

### CÁLCULO DEL IMPORTE NORMALMENTE FACTURADO

Verity Health System brinda asistencia financiera y atención benéfica a los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad detallados en la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP). Una vez que se reduce la cuenta del paciente mediante el ajuste por asistencia financiera basado en la Política, el paciente/garante debe pagar el resto de la deuda pendiente, que no debe ser mayor a los importes normalmente facturados (AGB) a los individuos que tienen seguro médico para emergencias o atención necesaria por razones médicas. Verity Health System determina el AGB a través del método “retrospectivo”. El porcentaje del AGB se calcula sobre la base de los reclamos anteriores aceptados según el modelo FFS (pago por servicio) de Medicare con una fecha de baja correspondiente al año fiscal anterior (julio-junio). Para estos reclamos, la suma de todos los importes de reembolso aceptados se divide por los cargos brutos asociados. El porcentaje del AGB se aplica a partir del 1 de julio de cada año.

<b>Importes normalmente facturados – Solo FFS de Medicare</b>		
<b>En vigor desde el 30 de junio de 2019</b>		
<b>Importes normalmente facturados</b>		
Hospital	Hospitalización	Atención ambulatoria
Seton	14.00%	10.00%
Coastside	N/C	10.00%
St. Francis	21.00%	8.00%
Source: Reimbursement Department		

B-1

**ANEXO B2**

**ESCALA VARIABLE DE ASISTENCIA FINANCIERA  
DESCUENTO COMO PORCENTAJE DE LOS CARGOS BRUTOS**

NIVEL FEDERAL DE POBREZA Y DESCUENTO ASOCIADO												
N.º DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA O GRUPO FAMILIAR	NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) *	200 % del FPL 1	215 % del FPL 0.9	230 % del FPL 0.8	245 % del FPL 0.7	260 % del FPL 0.6	275 % del FPL 0.5	290 % del FPL 0.4	305 % del FPL 0.3	320 % del FPL 0.2	335 % del FPL 0.1	351 % del FPL 0
		Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento
1	\$12,760	\$25,520	\$27,434	\$29,348	\$31,362	\$33,176	\$35,090	\$37,004	\$38,918	\$40,832	\$42,746	\$44,788
2	\$17,240	\$34,480	\$37,066	\$39,652	\$42,238	\$44,824	\$47,410	\$49,996	\$52,582	\$55,168	\$57,754	\$60,512
3	\$21,720	\$43,440	\$46,698	\$49,956	\$53,214	\$56,472	\$59,730	\$62,988	\$66,246	\$69,504	\$72,762	\$76,237
4	\$26,200	\$52,400	\$56,330	\$60,260	\$64,190	\$68,120	\$72,050	\$75,980	\$79,910	\$83,840	\$87,770	\$91,962
5	\$30,680	\$61,360	\$65,962	\$70,564	\$75,166	\$79,768	\$84,370	\$88,972	\$93,574	\$98,176	\$102,778	\$107,687
6	\$35,160	\$70,320	\$75,594	\$80,868	\$86,142	\$91,416	\$96,690	\$101,964	\$107,238	\$112,512	\$117,786	\$123,412
7	\$39,640	\$79,280	\$85,226	\$91,172	\$97,118	\$103,064	\$109,010	\$114,956	\$120,902	\$126,848	\$132,794	\$139,136
8	\$44,120	\$88,240	\$94,858	\$101,476	\$108,094	\$114,712	\$121,330	\$127,948	\$134,566	\$141,184	\$147,802	\$154,861
<b>Por cada persona adicional agregada:</b>	\$4,480	\$8,960	\$9,632	\$10,304	\$10,976	\$11,648	\$12,320	\$12,992	\$13,664	\$14,336	\$15,008	\$15,725

\* Según los Lineamientos de Pobreza del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS), para los 48 estados limítrofes y el Distrito de Columbia), disponible en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>.

## ANEXO C

### NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

#### **Programas de atención benéfica y pago reducido**

Coherente con su misión, los hospitales de Verity Health System prestan servicios médicos gratuitos o con descuentos a personas que no pueden pagar su atención y que cumplen las condiciones de estos programas.

Comuníquese con un asesor financiero del Departamento de Admisión de Pacientes para hablar sobre temas relacionados con sus necesidades individuales. Luego de completar la solicitud de asistencia financiera y de entregar toda la documentación requerida, usted podrá ser elegible para beneficiarse de los descuentos, tal como se establece en la Política de asistencia financiera de Verity Health System.

***Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro equipo de asistencia financiera llamando al 888-874-2585.***



## **ANEXO D**

### **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Los documentos que se utilizan para verificar los recursos financieros y los ingresos del grupo familiar del paciente en la solicitud de asistencia financiera pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- copias de recibos de pago, Seguridad Social, cheques por discapacidad o desempleo y cartas de adjudicación vigentes;
- una copia de cualquier notificación de decisión o denegación de Medi-Cal;
- los ingresos del grupo familiar del paciente y, si el paciente tiene 18 años o más, de su cónyuge o pareja de hecho, y de cualquier niño dependiente menor de 21 años, viva o no en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo de su cuidado y otros niños menores de 21 años que vivan o no en la casa.

Devuelva su solicitud completa junto con todos los formularios requeridos a la siguiente dirección o entréguelos personalmente en la oficina del HBRC de Verity Health de su localidad.

**Verity Health System**  
A/A: HBRC  
1900 Sullivan Avenue  
Daly City, CA 94015

Tenga en cuenta que esta no es una garantía de que usted recibirá asistencia financiera y que sus pagos deben continuar realizándose regularmente hasta que se tome una determinación. Se revisarán su solicitud y la información que proporcione. Se le notificará la decisión por escrito.

Gracias por su cooperación. Esperamos poder asistirlo en este proceso. Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, comuníquese con nuestro equipo de asistencia financiera en el Health Benefits Resource Center (HBRC) llamando al 888-874-2585.



**SOLICITUD DE ATENCIÓN BENÉFICA Y ASISTENCIA FINANCIERA**

APELLIDO (DEL PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO			

DOMICILIO DE RESIDENCIA (SI NO TIENE CASA, DIRECCIÓN DEL CENTRO DE ACOGIDA O ALOJAMIENTO)	TIEMPO QUE LLEVA ALLÍ	TELÉFONO
---	-----------------------	----------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ESTADO CIVIL
--------	--------	---------------	--------------

APELLIDO (DEL GARANTE SI NO ES EL MISMO QUE EL ANTERIOR)	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO	

EMPLEADOR DEL GARANTE (NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO)
---

TELÉFONO	PAGO BRUTO MENSUAL
	\$

OTRO EMPLEADOR (NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO)
--

TELÉFONO	PAGO BRUTO MENSUAL
	\$

SI ESTÁ DESEMPLEADO, NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO DEL ÚLTIMO EMPLEADOR
---

FECHA DEL ÚLTIMO EMPLEO
-------------------------

FAMILIARES DEPENDIENTES (SI NECESITA MÁS ESPACIO, AGREGUE OTRA HOJA)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	EMPLEADOR	INGRESOS ANUALES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



<input type="checkbox"/> CASA ALQUILADA <input type="checkbox"/> CASA PROPIA			<i>OTROS INGRESOS MENSUALES</i> \$  <i>ESPECIFIQUE LA FUENTE</i>		
<b>DEUDAS A TERCEROS</b>	<b>A</b>	<b>SALDO ACTUAL</b>	<b>PAGO MENSUAL</b>	<b>NOMBRE DEL BANCO Y NÚMERO DE CUENTA</b>	<b>SALDO DE LA CUENTA</b>
			<b>ACTIVOS</b>		
ALQUILER/HIPOTECA				CUENTA CORRIENTE	
SERVICIOS PÚBLICOS				CUENTA O CERTIFICADO DE AHORROS	
ALIMENTOS				403(b) O 401(k)	
PRÉSTAMO PARA AUTOMÓVIL				ACCIONES Y BONOS	
TARJETAS DE CRÉDITO (DESCRIBA ABAJO)				IRA (CUENTA PERSONAL DE JUBILACIÓN)	
OTRAS OBLIGACIONES (MANUTENCIÓN DE MENORES, PENSIÓN ALIMENTICIA, PAGOS DE SEGUROS)				AUTOMÓVIL (MODELO Y MARCA)	
INFORMACIÓN ADICIONAL				AUTOMÓVIL (MODELO Y MARCA)	
FACTURAS ADEUDADAS A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA				OTROS ACTIVOS (ACTIVOS ADICIONALES NO INCLUIDOS)	
COSTO DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA				VALOR COMERCIAL DE SU RESIDENCIA	
				VALOR EN EFECTIVO DEL SEGURO	
				OTROS ACTIVOS (DETALLE; ES DECIR, SI POSEE OTRA VIVIENDA)	
				NOMBRE Y CUENTA DEL APODERADO NÚMERO	
<b>TOTAL DE DEUDAS</b>				<b>TOTAL DE ACTIVOS</b>	

CERTIFICO QUE TODO LO DECLARADO EN ESTA SOLICITUD ESTÁ COMPLETO Y ES VERDADERO. POR LA PRESENTE, LOS AUTORIZO A VERIFICAR MI HISTORIAL DE CRÉDITO PARA EVALUAR Y CONSIDERAR ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA.

FIRMA	FECHA
-------	-------

## **ANEXO E**

TODOS LOS DEPARTAMENTOS DE LOS HOSPITALES AFILIADOS A VERITY QUE SE LISTAN A CONTINUACIÓN ESTÁN CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE VERITY:

Seton Coastside

Seton Medical Center

St. Francis Medical Center

### **NOTA:**

La Política solo cubre los servicios prestados por los Hospitales mencionados arriba.

Esta Política no se aplica a médicos ni a otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, los anesthesiólogos, los radiólogos, los especialistas en medicina hospitalaria, los patólogos, los cirujanos y otros médicos y miembros del personal médico del Hospital, excepto en casos especiales en los que los servicios médicos están incluidos en la factura del Hospital. Cada Hospital mantendrá en su sitio web una lista de sus departamentos/líneas de servicios en los que los servicios médicos están incluidos en la factura del Hospital y, por lo tanto, están cubiertos por esta Política.

Los pacientes deben comunicarse con la oficina de facturación del médico para solicitar información sobre cualquier asistencia financiera que pudiera ofrecer el médico.